

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 26

Travail du Centre Anticancéreux de Lyon

Contribution à l'étude
des tumeurs malignes
de la glande parotide accessoire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André DENAYROLLES

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 8 Février 1906 à TOULOUSE (Haute-Garonne)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

Contribution à l'étude
des
TUMEURS MALIGNES de la GLANDE PAROTIDE ACCESSOIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 26

Travail du Centre Anticancéreux de Lyon

Contribution à l'étude
des tumeurs malignes
de la glande parotide accessoire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André DENAYROLLES

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 8 Février 1906 à TOULOUSE (Haute-Garonne)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, VALLAS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GADET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRÉ
Médecine légale	FATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienné MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	X.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUFOURT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BERARD, président ; SANTY assesseur ;
POLLOSSON et WERTHEIMER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE LOUIS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

J'offre la dédicace première de
cette thèse comme un bien faible
témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A MES FRÈRES GÉORGES ET RENE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS ET CAMARADES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERARD

Professeur de Clinique Chirurgicale
Commandeur de la Légion d'honneur

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury. Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage respectueux de notre sincère reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. CREYSSEL
Ex-Chef de Clinique Chirurgicale

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a constamment aidé
de ses conseils éclairés avec une
bienveillance dont nous garderons
un fidèle souvenir. Puisse-t-il trou-
ver ici l'expression de notre vive
gratitude.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX ET DES FACULTÉS
DE TOULOUSE ET DE LYON

A MES MAÎTRES ET A MES CHEFS
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Contribution à l'étude
des
TUMEURS MALIGNES de la GLANDE PAROTIDE ACCESSOIRE

Introduction

Si les tumeurs malignes des glandes salivaires principales, sans être d'une grande fréquence, surtout pour la glande sous-maxillaire, sont néanmoins des affections assez banales, les tumeurs malignes au contraire des glandules salivaires situées en dehors des glandes salivaires principales, sont tout à fait exceptionnelles.

Parmi elles, il existe une localisation très particulière, sur un organe inconstant situé dans la région génienne, où il constitue ce que l'on a appelé la glande parotide accessoire, bien distincte, nous le verrons, du prolongement antérieur génien de la parotide.

Ayant eu l'occasion, dans le Service du Professeur BÉRARD, au Centre anti-cancéreux de Lyon, de voir une malade atteinte d'une tumeur maligne de la glande parotide accessoire et opérée pour cette lésion par le Docteur CREYSSEL, il nous a paru intéressant de rechercher dans la littérature les quelques cas semblables déjà publiés, et de tenter d'ébaucher une

description forcément incomplète, à raison de l'insuffisance des documents rencontrés, de ces tumeurs malignes.

Cependant ces tumeurs ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le pense. Comme le dit FLORENCE, si ces tumeurs sont volumineuses on les catalogue sous la rubrique de tumeurs de la parotide, si elles sont peu développées, elles n'arrivent pas jusques dans les services des hôpitaux ; comme elles siègent dans une région où ne se trouve aucun vaisseau redoutable, le praticien le moins chirurgical se risque jusqu'à l'enlever.

Et FLORENCE illustre ceci d'une façon pittoresque en racontant le fait suivant :

« C'est ainsi qu'un jour de vacances, passant en curieux dans un service de chirurgie je m'arrêtai intrigué devant un jeune externe qui s'essayait à la chirurgie de la joue ; il s'agissait, paraît-il, d'un petit lipome ; l'opération ne marchait pas à merveille et notre opérateur novice, effrayé de voir sous son bistouri et du sang et le canal de Sténon et les rameaux du facial, se hâta de confier à des mains plus expertes le soin de terminer l'opération.

Il s'agissait d'une tumeur de la parotide accessoire que je diagnostiquai aisément, parce que j'avais déjà eu l'occasion d'opérer un cas semblable. »

Nous avons donc pensé qu'il y aurait quelque intérêt à rappeler l'existence de ce petit lobe erratique de la glande parotide où parfois se développent des tumeurs, plus fréquentes qu'il ne semblerait d'après

le petit nombre de publications qui leur sont consacrées.

Il est probable que le point de départ de ces lésions est souvent méconnu, faute d'un examen histologique.

Cette étude comprendra les chapitres suivants :

Chapitre I. — HISTORIQUE.

Chapitre II. — CONSIDÉRATIONS EMBRYOLOGIQUES ET ANATOMIQUES.

Chapitre III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES CANCERS DE LA PAROTIDE ACCESSOIRE.

Chapitre IV. — ETIOLOGIE.

Chapitre V. — SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC DE CES CANCERS.

Chapitre VI. — TRAITEMENT.

Chapitre VII. — OBSERVATIONS.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Cette étude sera forcément très brève car on trouve très peu de documents sur cette question. Les anciens auteurs ne connaissaient pas la glande parotide accessoire.

La glande parotide elle-même, la première découverte, ne le fut qu'en 1627 par CASSÉRIUS.

Et lorsque STÉNON, le 7 avril 1760, découvrit le canal excréteur de la parotide, il ne vit pas à côté de lui la glande accessoire et son canal excréteur. Ce n'est qu'en 1769 qu'HALLER prouva l'existence de cette petite glande paraparotide. Et voici ce qu'il en écrit :

« Le conduit blanc de la parotide, vasculaire et gros, parti du fond de la glande, vient gagner le zygoma ; à partir de ce point, il s'incline transversalement, il reçoit un petit conduit qui vient d'une glande placée à la partie supérieure du masséter, quelquefois séparée de la parotide, et rarement double.

De là le nom de parotide accessoire de HALLER qu'on donne parfois à cette glandule isolée. Depuis, les études de VILLAR en 1889 et de FLORENCE en 1910 ont apporté quelques notions intéressantes sur la présence de cette parotide accessoire.

Il semble que jusqu'au travail du Professeur VILLAR, tous les anatomistes se soient contentés de quelques brèves données sur cette glande. RICHET veut que ce soit un simple prolongement de la parotide : « C'est à ce lobule, quelquefois assez bien isolé, que l'on a donné le nom de parotide accessoire, fort improprement, car il ne diffère en rien comme structure des autres prolongements profonds de la glande ».

TILLAUX, au contraire, écrit : « Il diffère du prolongement pharyngien, en ce que, bien que situé en dehors de la loge parotidienne, il est enveloppé de tous côtés par l'aponévrose, tandis que le premier fait en quelque sorte hernie à travers le fond de la loge ; ce prolongement antérieur ou génien a encore reçu le nom de parotide accessoire ; il accompagne pendant un certain temps le canal excréteur de la glande ou canal de Sténon et joue un rôle important dans la pathologie de la joue, région à laquelle il appartient au même titre que le canal ».

GEGENBAUER signale l'existence de plusieurs parotides accessoires. DEBIERRE parle de lobules erratiques qui accompagnent le canal de Sténon, dans lequel vont se jeter les canaux excréteurs des parotides accessoires.

POIRIER voit dans la glande parotide accessoire un

lobule erratique de la parotide, ordinairement placé au niveau du bord antérieur du masséter.

Enfin FLORENCE conclut en disant qu'il faut éviter de confondre le prolongement antérieur de la parotide avec la parotide accessoire.

Mais, si la glande parotide accessoire était connue, anatomiquement, dès le XVIII^e siècle, c'est seulement au milieu du XIX^e que l'on a eu connaissance de ses tumeurs. Le « Compendium de chirurgie pratique » (1851) signale quelques cas d'adénomes au niveau de la parotide accessoire ; il n'y est point question, d'ailleurs, des autres variétés de tumeurs.

La première observation de squirrhe publiée est celle de A. BÉRARD, dans sa thèse du concours de médecine opératoire de Paris (1841), encore est-elle douteuse, au point de vue de la nature maligne de la lésion.

DELORME, dans le nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie (1878), indique que « la glande accessoire qui accompagne le canal de Sténon peut devenir le siège de tumeurs ».

En réalité, la première observation certaine d'épithélioma de la glande parotide accessoire est celle publiée par BROCA (1850). Après lui, aucune observation n'en fut publiée jusqu'au travail de VILLAR (1894), qui communique à la Société d'Anatomie de Paris une observation très intéressante relative elle aussi à un épithélioma de ce petit organe. En 1904, BOUCHET présente à la même Société le premier et unique cas connu jusqu'à ce jour de sarcome. Et en 1905, GAUBIN, élève de VILLAR, rassemble ces observations et un

certain nombre de cas de tumeurs bénignes dans une thèse qui apparaît ainsi comme le premier travail d'ensemble sur cette question. Enfin, en 1910, FLORENCE, dans les Archives Générales de Chirurgie, reprend l'étude anatomique de la glande parotide accessoire et celle de ses tumeurs bénignes ou malignes. Son travail constitue la dernière publication parue sur ce sujet, et aucune nouvelle observation n'a été présentée depuis, jusqu'à celle publiée par J. CREYSSEL en 1930, et qui a servi de point de départ à ce travail.

Il apparaît donc dans cette brève énumération que tous les auteurs cités plus haut décrivaient l'ensemble des tumeurs de la parotide accessoire, sans individualiser les tumeurs malignes. Il nous a paru qu'il y avait intérêt à séparer celles-ci à cause de leur évolution clinique spéciale, de leur pronostic et de leur traitement, des autres tumeurs essentiellement bénignes. C'est là le but de cette étude.

CHAPITRE II

Considérations embryologiques et anatomiques

Il nous a semblé nécessaire, avant d'aborder l'étude de ces tumeurs, de rappeler brièvement ce qu'est, du point de vue anatomique et embryologique, la glande parotide accessoire ; en effet, les traités classiques d'anatomie sont à peu près muets sur cet organe, ou signalent seulement son existence.

I. — Anatomie

La parotide accessoire appartient à la portion massétérine de la joue. Généralement appliquée contre la partie supérieure de la face externe du masséter et tout près du bord antérieur de ce dernier muscle, elle se rattache par son propre conduit excréteur à la portion extra-glandulaire du canal de Sténon. On

ne la retrouve pas invariablement sur tous les sujets, elle est inconstante, même assez rare. La fréquence moyenne de cette parotide accessoire est de 12 %. Cette inconstance trouvera d'ailleurs son explication dans l'origine embryologique de cette glande.

Il ne faut pas confondre cette glande avec le prolongement antérieur de la parotide, plus ou moins isolé du corps même de la glande. La véritable parotide accessoire est celle qui se trouve nettement séparée de la parotide vraie, et munie d'un canal excréteur autonome, affluent du canal de Sténon. Le plus souvent, on rencontre la petite glande sur le masséter, juste au-dessous de l'os malaire et en arrière du grand zygomatique. Le conduit excréteur de ce petit lobe isolé vient s'aboucher un peu obliquement en bas et en avant dans le canal de Sténon, à deux centimètres environ en avant du bord antérieur du prolongement massétéрин de la parotide.

Son volume varie entre celui d'un gros pois et d'une cerise ; mais il peut y avoir plusieurs glandes parotides accessoires, c'est d'ailleurs extrêmement rare. De même, la situation de la glande peut varier suivant les individus, elle peut s'éloigner plus ou moins de la parotide.

Ainsi nettement isolée de la parotide, située ordinairement sous le malaire, au niveau du bord antérieur du masséter et au-dessus du canal de Sténon, dans lequel son propre conduit excréteur vient s'aboucher directement, la glande parotide accessoire est comprise, comme le canal de Sténon, les filets du facial et l'artère transverse de la face dont elle reçoit

une branche, dans un dédoublement de l'aponévrose massétérine ; elle répond par sa face externe à la peau de la joue doublée de son pannicule adipeux et dont la séparent quelques fibres du risorius de Santorini, par sa face profonde au muscle masséter dont la séparent quelquefois des filets sous-orbitaires du facial.

La glande parotide accessoire reçoit ses artères de la transverse de la face, ses veines se rendent aux veines transversales de la face, ses lymphatiques aux lymphatiques correspondants et de là aux ganglions parotidiens. Son innervation n'est pas connue.

La parotide accessoire n'étant qu'un lobule erratique de la glande parotide principale, nous ne décrivons pas ses caractères histologiques : Sa structure est, en effet, identique à celle de la parotide vraie.

II. — Embryologie

Au point de vue embryogénique le développement de la glande parotide accessoire est intimément lié à celui de la parotide elle-même. Mais tandis que la glande parotide principale vient s'enfoncer dans le creux rétro-mandibulaire, futur creux parotidien, la parotide accessoire est un bourgeon abérrant et inconstant qui reste dans la région génienne, superficiellement.

C'est vers la huitième semaine que se développe la glande parotide dans le sillon profond qui sépare le

maxillaire supérieur du maxillaire inférieur. Elle a pour origine le bourgeonnement auquel donne naissance l'épithélium buccal dans ses couches profondes (couche de Malpighi). Il se forme d'abord un bourgeon épithélial plein qui refoule devant lui une couche mésodermique destinée à constituer la paroi de la glande et de son canal excréteur. Il se produit ensuite une lumière centrale qui formera plus tard le canal de Sténon et les ramifications secondaires et tertiaires se creuseront à leur tour.

C'est de l'un de ces bourgeonnements secondaires que naîtra la petite parotide accessoire elle-même. Vers le troisième mois de la vie intra-utérine, il ne se fait plus de nouveaux bourgeons et l'augmentation de volume des parties constitutives de la glande refoule à la périphérie le tissu cellulaire dans lequel elles sont noyées, le tasse insensiblement et c'est cette atmosphère de tissu cellulaire progressivement comprimée par le développement excentrique de la glande qui formera la « capsule parotidienne » dont parle POIRIER. Nous voyons par là comment la parotide accessoire se trouve comprise elle aussi entre les deux feuillets qui enveloppent le prolongement antérieur de la parotide et le canal de Sténon.

Mais peut-on expliquer que la parotide accessoire ne se rencontre qu'une fois sur douze sujets ? Sans doute ce bourgeon primitif subit-il un arrêt de développement, ou bien, à un certain stade de vie intra-utérine, disparaît-il peu à peu chez les uns pour subsister chez les autres.

C'est peut-être l'absence fréquente de développe-

ment de ce bourgeon destiné à donner la parotide accessoire, chez un grand nombre de sujets, qui expliquerait la relative fréquence de ses tumeurs (FLORENCE) ; dans tous les points de l'économie, en effet, on voit les tumeurs se développer volontiers aux dépens des restes embryologiques inutilisés. Si, comme le pense HERTWIG, il existe primitivement un bourgeon spécial pour la parotide accessoire, on est en droit d'admettre que ce bourgeon, s'arrêtant dans son développement, peut, à un moment donné, proliférer à nouveau et être le point de départ d'une tumeur bénigne ou maligne.

CHAPITRE III

Etude anatomo-pathologique

L'étude anatomo-pathologique des tumeurs malignes de la parotide accessoire ne peut être encore faite que d'une façon très sommaire. Il est probable que toutes les variétés de tumeurs malignes observées au niveau des autres glandes salivaires peuvent se rencontrer au niveau de la glande parotide accessoire. Mais les quelques observations publiées ne suffisent pas à tirer des renseignements bien précis sur la variété histologique de ces tumeurs. Ce n'est qu'au point de vue macroscopique qu'on peut leur assigner quelques caractères.

I. — Anatomie pathologique macroscopique

1° SIÈGE. — La tumeur forme précocement une saillie à la partie antérieure du masséter, au-dessus du canal de Sténon, sous les téguments refoulés. Elle peut

s'étendre depuis l'horizontale rasant le bord inférieur de l'arcade zygomatique, jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure. Elle peut être plus ou moins antérieure, tantôt située nettement au-dessous de la région malaire (observation de VILLAR), tantôt plus en arrière, à deux travers de doigts en avant du conduit auditif externe, tantôt plus en avant, elle peut alors empiéter sur la tubérosité malaire. Ces variétés de positions sont dues à ce fait que la glande parotide accessoire n'a pas de position anatomique fixe, que sa situation peut être soit au niveau où le canal de Sténon perfore la joue, soit en arrière au niveau du prolongement antérieur de la parotide. Mais le creux parotidien et la partie inférieure de la région massétérine sont laissés libres au début.

2° FORME ET VOLUME. — Cette tumeur, arrondie ou ovoïde au début, mais bientôt irrégulière et bosselée, fait saillie à la face externe de la joue. Son volume varie depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'une petite orange ou d'un petit œuf de poule. La tumeur décrite par BROCA était large de 5 centimètres, parfaitement circulaire à sa base et déprimée à son centre, ce qui lui donnait la forme d'un cratère fort irrégulier. Dans le cas que nous avons observé, la tumeur atteignait le volume d'une petite mandarine. La tumeur est généralement bien limitée et régulière, cependant dans l'observation de BOUCHET elle présentait de petits prolongements lobulés. La surface est tantôt libre, tantôt hérissée de petites saillies plus ou moins molles.

3° CONSISTANCE. — Elle varie avec la variété de tumeur. Celle-ci peut être de consistance dure, ferme, parfois, au contraire, elle est pseudo-fluctuante par places ; parfois même il existe des zones de vraie fluctuation.

4° RAPPORTS AVEC LES ORGANES VOISINS. — *Rapports avec la peau.* — Au début, la tumeur soulève les téguments intacts qui ont conservé toute leur mobilité et qui sont absolument indépendants de la tumeur sous-jacente. Cependant très vite, elle adhère à la peau, qui se distend, devient violacée ; parfois elle s'ulcère et la tumeur peut sembler à partir de ce moment un simple cancroïde cutané. Les bords en sont alors irréguliers, taillés à pic et l'excavation se hérisse rapidement de grosses fongosités molles, abondantes, se détachant facilement, saignant au moindre contact et laissant suinter en assez grande quantité un pus fétide assez caractéristique. L'aspect est celui que l'on observe habituellement après l'ulcération des tumeurs parotidiennes à type encéphaloïde.

Rapports avec les plans profonds. — Mais en même temps qu'elle s'étend vers les téguments, la tumeur contracte assez rapidement des adhérences avec les parties sous-jacentes. Au cours de son développement, elle envahit les fibres du masséter, s'immobilisant alors par la contraction de ce muscle ; elle pourra envahir ensuite la pommette, la fosse temporale, la fosse canine, le creux parotidien. Enfin le squelette lui-même peut être atteint (os malaire, maxillaire inférieur, arcade zygomatique) à un stade très avancé.

Dans cette évolution, quelques filets du facial sont fatalement englobés, mais la dissémination du nerf à ce niveau fait que cet englobement reste souvent sans traduction clinique.

5° EXTENSION LYMPHATIQUE. — Mais en même temps qu'il s'étend de proche en proche, le cancer de la parotide accessoire, comme les autres cancers salivaires, atteint précocement les territoires lymphatiques des régions qu'il occupe. Cette extension lymphatique peut se faire dans deux directions :

Vers les lymphatiques cervicaux. — Sous-angulo maxillaires ;

Sous-maxillaires ;

Carotidiens ;

Lymphatiques cutanés de la joue (obs. de BROCA).

Vers les lymphatiques du creux parotidien. — On sait, en effet, qu'il existe là un relai ganglionnaire (cf. les traités d'anatomie). Et c'est l'envahissement possible de ces ganglions qui rendrait logique l'évidence du creux parotidien, associé à l'exérèse locale, dans le traitement du cancer de la parotide accessoire.

6° MÉTASTASES. — Dans aucune des observations publiées on ne trouve de renseignements sur l'existence possible de métastases.

7° ÉVOLUTION ANATOMIQUE. — Elle est difficile à préciser, tous les cas observés ayant été publiés à une phase précoce. Il est évident qu'abandonnée à son

évolution spontanée, la tumeur, après s'être ulcérée en surface, soit par envahissement progressif des téguments, c'est le cas des épithéliomas, soit par distension puis rupture des plans cutanés amincis, ceci étant le fait des sarcomes, doit en même temps s'étendre en profondeur vers les parties molles et la bouche et en arrière vers le creux parotidien. Mais aucune observation n'a été suivie jusqu'à ce stade.

II. — Etude histologique

Au point de vue de la nature histologique de ces tumeurs, les documents publiés semblent montrer ici, comme au niveau des glandes salivaires principales la prédominance des tumeurs malignes épithéliales sur les tumeurs malignes conjonctives.

A. — EPITHÉLIOMAS. — Les épithéliomas de la glande parotide accessoire peuvent se présenter sous divers aspects :

Epithélioma cylindrique avec zone de passage de l'épithélioma typique à la forme carcinomateuse (obs. de VILLAR).

Epithélioma atypique (obs. de CREYSSEL).

Nous ne pouvons ici reprendre à propos de ces cas particuliers les discussions soulevées par l'étude histologique et l'histogénèse des épithéliomas salivaires.

B. — SARCOMES. — Les sarcomes paraissent beaucoup plus rares que les épithéliomas. Il n'en existe

qu'une seule observation (BOUCHET) ; il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire vraisemblablement né du stroma conjonctif péri-glandulaire et refoulant les tubes glandulaires à la périphérie de la tumeur.

CHAPITRE IV

Etiologie

Les causes des tumeurs malignes de la glande parotide accessoire ne sont pas actuellement bien définies. Il en est de même d'ailleurs de tous les cancers. L'exposé qui va suivre sera une énumération de faits tels que nous les avons rencontrés dans les observations cliniques.

FRÉQUENCE

Les tumeurs malignes de la glande parotide accessoire sont extrêmement rares. Toutefois, on l'a vu, peut-être faut-il en appeler de cette rareté. Sans doute dans de nombreux cas a-t-on enlevé, sous le nom d'épithélioma de la joue ou de ganglions géniens, une tumeur méconnue de la glande parotide accessoire.

C'est pourquoi il est intéressant d'attirer l'attention sur l'existence possible de ces tumeurs de la parotide accessoire ; il est hors de doute, en effet, que

ces tumeurs sont souvent méconnues en raison de leur siège génien et qu'en définitive elles doivent être plus fréquentes que ne ferait croire la rareté des observations publiées.

Cependant leur fréquence est forcément limitée par ce fait qu'elles siègent sur un organe inconstant et que d'une façon générale les tumeurs malignes salivaires sont des tumeurs rares.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Age. Sexe. — L'âge ne paraît pas avoir une grande importance dans l'histoire clinique et étiologique de ces tumeurs. D'après les observations publiées, ces tumeurs, comme les autres épithéliomas salivaires apparaîtraient chez des sujets relativement âgés, le plus souvent au delà de 45 ans.

Obs. de BROCA : malade de 70 ans.

Obs. de BOUCHET : malade de 45 ans.

Obs. de CREYSSSEL : malade de 80 ans.

Seule l'observation de VILLAR a trait à un sujet de 27 ans.

De même le sexe ne joue pas un rôle bien net. Cependant le petit nombre d'observations recueillies montre une prédominance chez la femme. Sur nos 6 observations, 4 se rapportent à des femmes.

Hérédité. — Aucun document ne permet d'établir le rôle de l'hérédité.

Etat antérieur de la glande parotide accessoire. — Dans aucun des cas observés, il n'existait de lésions inflammatoires antérieures de la glande parotide ac-



Epithélioma de la glande parotide accessoire
(Obs. V, Dr J. CHEYSSER)

cessoire. Il ne semble donc pas que le facteur « irritation chronique » puisse être démontré dans ces tumeurs.

En est-il de même du point de vue de la préexistence d'une tumeur bénigne ? On sait le rôle important que joue ce fait au niveau de la glande parotide principale, en opposition, à ce point de vue, avec les glandes salivaires accessoires telle que les glandes palatines dont les tumeurs mixtes ne dégénèrent presque jamais (BERGER). Il semble qu'à ce point de vue la glande parotide accessoire se rapproche de la glande parotide principale.

En effet, dans l'observation d'ANSIAUX (In thèse de concours de A. BÉRARD), on remarque que le malade portait une tumeur depuis environ 8 ans, tumeur qui, progressivement, parvint au volume d'un petit œuf de poule. Elle était indolente et n'occasionnait d'autre inconvénient que celui de la difformité. Mais nous l'avons dit, cette observation est très douteuse au point de vue de la nature maligne de la tumeur.

La malade de VILLAR présentait sa tumeur depuis trois ans, grosseur qui alla en augmentant peu à peu. Ce n'est qu'au moment où survinrent les premières douleurs que la malade songea à la montrer. Il s'agit, très probablement, là, d'un cas greffé de tumeur mixte.

Traumatisme. — Le traumatisme peut être incriminé. A côté du traumatisme accidentel que nous n'avons pas pu mettre en évidence, le traumatisme chirurgical semble jouer un rôle. C'est le cas de la malade de BERGER présentée par BOUCHET, qui portait une tumeur de la parotide accessoire (sarcome

fuso-cellulaire). C'était une tumeur récidivée, car cinq ans auparavant, au même point, on avait pratiqué l'ablation d'une tumeur de petites dimensions. Tous les chirurgiens sont d'ailleurs d'accord sur la nécessité de pratiquer d'emblée l'ablation large des tumeurs mixtes salivaires, les traumatismes opératoires répétés favorisant leur dégénérescence.

En conclusion de cette étude rapide sur l'étiologie des tumeurs malignes de la glande parotide accessoire, nous sommes obligés de constater qu'aucune étiologie précise ne peut leur être reconnue et que nous restons en face de faits cliniques impossibles à interpréter dans un sens déterminé et encore trop rares pour qu'on puisse tirer des conclusions précises de leur condition d'apparition.

CHAPITRE V

Symptômes et diagnostic

I. — Le mode de début

Il est à peu près le même pour toutes ces tumeurs. Leur symptomatologie se limite pendant longtemps, à l'existence d'une petite nodosité apparue dans la région jugale, au-dessus de la saillie malaire, en avant du bord antérieur du masséter. En général, ce début discret n'attire pas l'attention du malade, la tumeur passe longtemps inaperçue, jusqu'au jour où elle fait fortement saillie à la face externe de la joue et devient irrégulière et bosselée. Ou bien, elle détermine quelques légers troubles fonctionnels qui la font rechercher.

II. — Période d'état

1° *Signes fonctionnels*

La douleur. — Elle n'est pas constante et son intensité est très variable suivant la forme anatomique de la tumeur. Elle peut, comme dans le sarcome, être tout à fait inexistante, ou se manifester seulement par une vague névralgie plus ou moins intermittente.

Dans la forme squirrheuse de l'épithélioma la douleur est aussi au second plan, n'apparaissant que tardivement au cours de l'évolution et sans être jamais très violente. Elle est extrêmement vive, au contraire dans la forme encéphaloïde, elle peut s'irradier à toute la face, à la région temporale. Elle a donc une grande valeur diagnostique tant pour attirer l'attention sur la région parotidienne que pour fixer la nature épithéliale de la tumeur. On ne rencontre en effet jamais la douleur dans une tumeur bénigne.

SIGNES DE RETENTISSEMENT SUR LES ORGANES VOISINS.

— Les *troubles de la salivation* sont insignifiants, rares et tardifs et même dans la plupart des cas absents. Pour arriver à gêner les *mouvements de mastication*, une tumeur développée au siège de la parotide accessoire devrait acquérir sans doute un volume considérable. Dans les observations publiées, cette question de la mastication n'est pas signalée.

SIGNES DE COMPRESSION NERVEUSE. — Le plus souvent il n'y a pas de paralysie faciale. En effet, le siège

très antérieur de cette tumeur fait que le nerf facial reste intact, ou n'est intéressé qu'au niveau de branches de division facilement suppléées par les branches voisines.

Rarement, par suite de l'enclavement dans le corps même du néoplasme des rameaux nerveux de la région, on pourrait constater des phénomènes paralytiques plus ou moins accentués de certains muscles de la face. Ce sont les muscles qui se trouvent sous la dépendance des filets sous-orbitaires du facial, soit, pour ne citer que les principaux, les zygomatiques, les élévateurs propres de la lèvre supérieure et de l'aile du nez et le dilatateur des narines.

Mais c'est seulement au stade d'envahissement de la région parotidienne, stade d'ailleurs tardif, que la paralysie faciale complète à type périphérique pourrait s'observer.

2° *Signes physiques*

Les signes physiques sont essentiellement variables avec la nature de la tumeur, c'est pourquoi nous les étudierons particulièrement pour chaque forme anatomo-clinique de tumeur observée.

La tumeur siège, on l'a vu, au-dessous de l'os malaire et au niveau du masséter ; le creux parotidien restant absolument libre. Cette tumeur d'emblée superficielle ne tarde pas à se manifester extérieurement et à s'étendre dans la direction de la fosse temporale, du creux parotidien, de la région génienne.

La tumeur a une morphologie variable, suivant sa nature, comme nous l'avons déjà dit. C'est parfois une petite tumeur saillante, lisse, ou au contraire multilobulée, avec des bosselures molles, des noyaux durs; parfois elle présente une certaine mollesse, quelquefois aussi de la fausse fluctuation ou de la fluctuation vraie.

Des caractères extrêmes de consistance, dureté cartilagineuse et mollesse très accusée ou fluctuation, pourront se rencontrer sur la même tumeur. A leur niveau, la peau peut être normale, souple, glissant sur la tumeur au début, ou au contraire légèrement envahie, adhérent à la masse sous-jacente par d'innombrables petits filaments rétractés; parfois elle est rouge, chaude, un peu rugueuse, d'autres fois cartonnée. Elle peut présenter des ulcérations caractéristiques.

Mais en même temps qu'elle s'étend superficiellement, la tumeur va progressivement envahir les plans profonds. Elle se propage vers le masséter qui est englobé et dont la contraction fixe la tumeur. Cette immobilisation est due à ce fait que ce lobe glandulaire est inclus dans un dédoublement de l'aponévrose massétélerine qui épouse la forme du muscle qu'elle enveloppe et se tend quand ce muscle se contracte.

Enfin le squelette lui-même peut être atteint et, à un stade très avancé, l'os malaire, le maxillaire inférieur et l'arcade zygomatique sont englobés par le processus.

Adénopathies. — On aura d'une façon plus ou moins précoce un retentissement ganglionnaire soit au niveau du creux parotidien, soit au niveau des ganglions cervicaux. Ces ganglions doivent être recherchés avec soin. On doit explorer toute la chaîne carotidienne le long de la jugulaire interne. D'une façon presque absolue, cette adénopathie est unilatérale, localisée au côté atteint par la tumeur.

3° *Signes généraux*

Au début, il ne saurait y avoir de retentissement sur l'état général, c'est une tumeur qui reste localisée. C'est seulement tardivement que l'état général est touché, lorsque la tumeur est ulcérée. Le malade prenant alors l'apparence caractéristique de la cachexie néoplasique. Parfois, l'évolution est hâtée par les complications fréquentes au niveau des tumeurs ulcérées : infections secondaires ou hémorragies.

III. — Les formes cliniques

On peut retrouver, au niveau de la glande parotide accessoire, les deux principaux types cliniques décrits au sujet du cancer parotidien :

A. — LE CANCER ENCÉPHALOÏDE. — Il se manifeste dès le début par une douleur vive. L'adénopathie est la règle. A la période d'état, la tumeur qui a augmenté rapidement de volume, ne tarde pas d'adhérer aux

parties profondes et présente souvent de grosses bosselures mal limitées. A son niveau, la peau est rouge, chaude, souvent adhérente.

A la palpation, on reconnaît que la consistance de la tumeur est irrégulière et ses contours mal définis. Elle est formée de bourgeons mous, ressemblant à de la cervelle, sphacéliques, noirâtres par place. Il est impossible de mobiliser la tumeur sur les plans profonds. Les ganglions lymphatiques mous et volumineux tendent à se fusionner.

De même qu'il s'étend vers la profondeur, le néoplasme envahit la peau déjà adhérente ; celle-ci s'amincit, rougit et s'ulcère avec tous les caractères de l'ulcération néoplasique : bords à pics, cartonnés, reposant sur une base indurée. Ces ulcérations saignent au moindre contact, l'hémorragie consécutive à l'ulcération des vaisseaux de la tumeur est parfois grave.

B. — LE SQUIRRHE. — Cette variété de tumeur présente avec l'encéphaloïde des différences très marquées.

Il évolue avec plus de lenteur. Il tend à se ratatiner et à attirer à lui les tissus voisins. Il se présente sous forme d'une tumeur petite, dure, ligneuse, mal circonscrite au début, adhérente bientôt à la peau qui présentera l'aspect chagriné de la peau d'orange. Les ganglions, assez tardivement atteints, sont petits, très durs.

Il est rare que l'envahissement de la peau évolue jusqu'à l'ulcération. L'envahissement cutané peut être beaucoup plus étendu dans le cas de squirrhe diffus.

La douleur exceptionnelle au début n'apparaît que tardivement.

IV. — Diagnostic

1° DIAGNOSTIC POSITIF. — Le diagnostic des tumeurs malignes de la glande parotide accessoire se pose rarement, non seulement à cause du peu de fréquence de ces tumeurs, mais parce qu'on ne pense pas à l'existence de cette glande.

L'aspect de la tumeur, généralement peu développée, apparaissant dans la région jugale, au-dessous de la saillie malaire en avant du bord antérieur du masséter, sa fixité sur les plans profonds, à un stade plus avancé, son adhérence à la peau qui est rouge, infiltrée, avec parfois des ulcérations, sa consistance variable et irrégulière, les caractères de l'adénopathie qui l'accompagnent souvent, sont autant d'éléments qui imposent le diagnostic de tumeur maligne.

Mais on pense à un point de départ non salivaire de cette tumeur, et d'autre part ce diagnostic n'est pas toujours aussi évident, la symptomatologie étant souvent moins complète. La tumeur peut s'accompagner de signes discrets ; c'est alors l'examen histologique après ablation qui seul viendra permettre un diagnostic exact.

2° DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Au début, le diagnostic se pose avec certaines tumeurs bénignes ou inflammatoires. Ce diagnostic est aisé avec certaines lésions de la peau, telles que le *kyste sébacé* qui se reconnaîtra facilement à ses caractères de tumeur arrondie, lisse, faisant corps avec la peau, mobile sous les parties sous-jacentes, souvent ombiliquée à son centre.

De même, avec des tumeurs bénignes sous-cutanées: le *lipome* est plus superficiel, élastique, toujours encapsulé de consistance molle et lobulée, facilement mobile et d'évolution très lente, il ne présente pas d'adhérences.

La *gomme sous-cutanée*, rare, pourra se reconnaître par la coexistence d'autres accidents syphilitiques, son évolution très particulière et sa rapide résolution par le traitement d'épreuve.

Il est à peine besoin de discuter le diagnostic avec des lésions rares telles que :

des tuméfactions du canal de Sténon, obturé par des calculs, et s'accompagnant d'un gonflement douloureux de la parotide et de sécheresse de la bouche du côté intéressé ;

les tumeurs primitives du masséter, plus profondes, peu mobiles, précocement fixées par la contraction du muscle ;

des tumeurs osseuses limitées de la partie inférieure du malaire (ostéome-chondromes), dont l'immobilité absolue, les rapports avec le squelette facial, l'étude radiographique montrent aisément l'origine.

En réalité, le diagnostic d'une tumeur de la parotide accessoire au début se discuterait surtout avec les lésions suivantes :

L'adénopathie génienne. — Lorsqu'il s'agit d'une adénopathie aiguë, à caractère nettement inflammatoire, elle est aisément reconnaissable. Mais dans les formes chroniques, à point de départ souvent difficilement décelable, l'erreur serait facile avec une tumeur de la parotide accessoire au début. Et, très certainement, quelques-unes de ces tumeurs ont été méconnues et enlevées comme adénopathies géniennes.

Les tumeurs des glandes malaires. — Ces glandes peuvent donner naissance à des tumeurs de nature très comparable à celles de la glandule parotide accessoire; mais, bridées par l'aponévrose buccinatrice, elles viennent faire saillie du côté de la muqueuse buccale, et ce caractère, joint à leur situation plus antérieure, suffit à les distinguer des tumeurs que nous étudions.

Tumeurs du prolongement génien de la glande parotide principale. — C'est là le diagnostic véritablement délicat et souvent insoluble jusqu'aux constatations opératoires qui montrent l'existence ou l'absence d'un pédicule glandulaire reliant la tumeur au creux parotidien.

Mais la localisation d'une tumeur de la parotide accessoire affirmée, il peut être difficile au début de déterminer sa nature bénigne ou maligne ; c'est par les caractères de la tumeur, parfois par sa rapide évolution, l'adhérence précoce à la peau, etc., qu'on pourra distinguer l'épithélioma d'une simple tumeur mixte. Souvent, seule l'étude histologique après exérèse per-

mettra un diagnostic précis, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante de FLORENCE, où la tumeur fut prise opératoirement pour une tumeur maligne, alors qu'il s'agissait d'une tumeur mixte :

TUMEUR DE LA PAROTIDE ACCESSOIRE

X..., 26 ans, riche musulman, vit, il y a six ans, apparaître à deux travers de doigt en avant du tragus gauche, et au-dessous de l'arcade zygomatique, une petite tumeur qui d'abord ne le préoccupe nullement.

A plusieurs reprises, il est allé demander une consultation aux divers médecins des troupes coloniales qui m'ont précédé à l'hôpital de Karikal et qui tous proposèrent l'opération.

Il vint me trouver en Avril 1906. A ce moment il présentait au niveau de la joue, au-dessous de la saillie du malaire gauche une tumeur qui affectait exactement la forme d'un de ces gâteaux dits « baba » dont la base répondait à la profondeur de la joue et dont la partie renflée venait s'étaler sur la joue.

Cette tumeur de consistance ligneuse paraît très légèrement mobile sur les plans sous-jacents ; la peau ne contracte avec elle aucune adhérence, pas de signe de compression des rameaux du facial. Pas d'adénopathie ; le creux parotidien n'est pas envahi. L'état général du sujet est satisfaisant. J'insiste auprès du malade pour qu'il accepte l'opération, et j'insiste d'autant plus que l'officier de santé, prévôt de l'hôpital, attire mon attention sur ce fait que la tumeur qui était restée longtemps peu volumineuse, avait subitement présenté une notable augmentation.

Le malade accepta l'opération deux mois après. Anesthésie au chloroforme. Incision parallèle à la courbure du maxillaire inférieur. Il fut assez facile de séparer la

tumeur de la peau, mais quand je voulus sectionner la base, il me fut nécessaire d'avoir recours à la rugine. La tumeur enlevée j'aperçus qu'un volumineux prolongement passant sous l'arcade zygomatique s'étendait dans la fosse temporale. Je suis encore obligé pour le détacher d'user de la rugine. Quelque peu préoccupé de voir que la tumeur n'était pas nettement encapsulée, je crus prudent de faire une opération radicale, d'enlever tous les ganglions ; je terminai par l'évidement du creux parotidien, je me portai pour cela au niveau du conduit auditif externe, cherchai le plan de clivage de la glande, la décollai aisément et pus l'extirper, mais il me fut impossible de l'enlever en entier par suite d'une très grosse veine qui se rendait à la jugulaire interne sur laquelle je laissai une pince. Pendant l'opération il me fut impossible de découvrir le siège du canal de Sténon.

Le malade guérit en douze jours avec naturellement une paralysie faciale.

La pièce envoyée à mon ami le docteur ROUGEAS, chef de clinique à la Faculté de Toulon, fut reconnue pour un adénome à stroma fibreux très développé.

Lorsque la tumeur est vue à un stade déjà plus avancé, la question devient différente. La confusion avec des lésions bénignes n'est plus possible et c'est seulement avec des tumeurs malignes de voisinage :

Sarcome à point de départ osseux ou musculaire ;

Epithélioma cutané à développement interstitiel ;

Tumeur maligne du prolongement génien de la parotide,

que se posera le diagnostic.

Il peut être impossible du fait de l'étendue des lésions, jusqu'à l'étude histologique. Il est probable

que, dans certains cas, devant la récurrence ganglionnaire cervicale d'une tumeur génienne après son ablation, le diagnostic des adénopathies cervicales peut se poser, comme dans un cancer des lèvres ou de la peau.

CHAPITRE VI

Traitement

Si le diagnostic du cancer de la glande parotide accessoire peut être parfois délicat, son traitement, au contraire, se présente dans des conditions beaucoup plus simples que celui des autres tumeurs salivaires. C'est, en effet, une tumeur superficielle, facilement accessible, et dont l'existence est constatée en général à une phase relativement précoce, avant que par son évolution naturelle la lésion ait envahi les organes profonds, pénétré le squelette et largement infiltré le système lymphatique.

Ce traitement doit pourtant, dans ses indications, être dominé par quelques notions anatomo-cliniques essentielles :

1° Il s'agit, en général, d'un épithélioma salivaire ; beaucoup plus rarement d'un sarcome.

Or, la malignité des cancers développés aux dépens des glandes salivaires est très grande. Il importera donc, pour avoir quelques chances de guérison défi-

nitive, de faire un traitement aussi précoce et aussi énergique que possible, en associant, s'il y a lieu, comme au niveau des glandes salivaires principales, l'action des agents physiques à celle de la chirurgie.

2° Comme tous les épithéliomas salivaires, l'épithélioma de la glande parotide accessoire tend à infiltrer les territoires ganglionnaires voisins.

Or, cette infiltration peut, dans une première étape, atteindre les ganglions de la loge parotidienne, dans une deuxième étape ceux de la région carotidienne et sous-angulo-maxillaire.

L'existence de ces ganglions peut compliquer singulièrement le problème thérapeutique, en obligeant à étendre l'intervention du côté de la loge parotidienne et de la région cervicale, suivant les principes généraux de la thérapeutique des cancers salivaires.

I. — LES METHODES THERAPEUTIQUES

Comme au niveau des autres glandes salivaires, les méthodes thérapeutiques peuvent être chirurgicales ou radiothérapiques.

Exérèse chirurgicale

L'exérèse chirurgicale d'une tumeur de la glande parotide accessoire se présente, au point de vue technique, dans des conditions assez simples. En effet, la tumeur est aisément accessible, et, si la peau n'est pas envahie et peut être disséquée sur la surface de

la tumeur, celle-ci peut être enlevée largement par une incision relativement limitée, en sacrifiant seulement un ou deux filets du nerf facial, sans atteinte des filets palpébraux ou de ceux de la commissure labiale.

Mais, très souvent, cette exérèse (Obs. V) se présente dans des conditions un peu différentes.

L'envahissement de la peau oblige à pratiquer une incision circonférencielle, emportant largement en bloc la peau, la tumeur et les filets voisins du facial ; d'autre part, cette exérèse doit alors entamer largement en profondeur la loge massétérine et le tissu cellulaire génien, pour dépasser avec certitude les lésions. Il n'est pas toujours possible alors de fermer par suture ou autoplastie la brèche jugale qui se cicatrisera par seconde intention.

Quoi qu'il en soit, cette exérèse chirurgicale, dans les cas étendus, peut risquer d'être insuffisante. Elle doit être alors complétée par l'évidement du creux parotidien, pratiqué suivant la technique habituelle, et, s'il existe des ganglions cervicaux, par le curage sous-maxillaire et carotidien du côté correspondant. Ce curage est alors pratiqué dans un deuxième temps opératoire, sous anesthésie loco-régionale.

L'évidement parotidien peut alors obliger au sacrifice du nerf facial, sacrifice justifié puisqu'il s'agit de tumeur maligne.

Méthodes radiothérapiques

Peu employées à l'état isolé au niveau des tumeurs salivaires, où elles ont donné peu de résultats, elles semblent particulièrement peu indiquées au niveau de la glande parotide accessoire, dont l'exérèse chirurgicale est simple ; qu'il s'agisse de *roëntgenthérapie* ou de *curiethérapie par radiumpuncture* ou par *appareils plats moulés*, avec destruction d'une dose de 2 millicuries par centimètre carré de surface de tumeur.

Mais un certain nombre de tumeurs salivaires se montrant radiosensibles, elles pourront trouver une application dans des cas inopérables, ou à titre de traitement complémentaire de l'exérèse chirurgicale.

L'absence d'action certaine des radiations sur les adénopathies néoplasiques doit faire préférer, au niveau des ganglions, toutes les fois qu'elle est possible, l'exérèse chirurgicale.

II. — INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Comment se posent donc, en pratique, les indications thérapeutiques ?

1° En face d'une *petite tumeur* de la glande parotide accessoire, soupçonnée de malignité ou en tout cas diagnostiquée à une phase précoce de son évolution, l'exérèse chirurgicale large, suivie d'examen histologique, est la méthode de choix. Simple, non mutilante, elle permet une guérison opératoire rapide.

Il semble que, dans ce cas, si la palpation ne permet de déceler aucun ganglion parotidien ou cervical,

on ne puisse imposer l'évidement complémentaire du creux parotidien.

Une surveillance rigoureuse, dans les mois et les années consécutives doit être imposée au malade, pour déceler et traiter à temps la récurrence locale ou ganglionnaire.

2° En face d'une tumeur plus étendue, ayant envahi les téguments, il semble au contraire que l'exérèse locale large, empiétant largement en profondeur sur le masséter, n'est plus suffisante. Elle doit alors être complétée par le curage ganglionnaire parotidien et cervical, plus nécessaire encore s'il existe des ganglions perceptibles, et par un traitement curiethérapique post-opératoire, à l'aide d'un grand appareil moulé permettant d'irradier à la fois la région génienne et toute la zone ganglionnaire du même côté.

3° Il reste enfin des cas où l'étendue des lésions en profondeur peut être telle qu'elle interdit toute exérèse satisfaisante. Dans ces cas, on pourrait encore tenter, à titre palliatif, l'irradiation par *appareil moulé radifère*; les tumeurs salivaires paraissant, d'après de récents travaux, plus radio-sensibles qu'il n'avait semblé jusqu'à ces dernières années.

CHAPITRE VII

Observations

OBBSERVATION I

(Douteuse)

ANSIAUX (*In thèse de concours de Bérard, Paris 1841*).
Extirpation d'une portion de la parotide devenue squirrheuse.

M. LH..., de Huy, portait depuis environ huit ans, sur le muscle masséter du côté droit, une tumeur qui parvint par degrés au volume d'un petit œuf de poule. Elle était dure, indolente, mobile, de forme oblongue et s'étendait de dessous l'arcade zygomatique à l'angle de la mâchoire inférieure ; elle n'occasionnait au reste d'autre inconvénient que celui de la difformité.

M. LH... résolut de s'en débarrasser, vint à Liège, pour me consulter. Je ne vis point d'obstacle à faire l'extirpation de cette tumeur qui pouvait d'ailleurs gagner un volume considérable, contracter des adhérences ou passer à l'état cancéreux. Cependant je le priai de m'associer un confrère. M. CRAHAY fut appelé et son avis étant conforme au mien, je procédai de la manière suivante le 29 novembre 1815 :

« Je divisai la peau de haut en bas, et la séparai de chaque côté, de manière à découvrir toute la partie antérieure de la tumeur. Je pus alors la saisir avec les doigts et la soulever pour en détacher plus facilement la base. Cette dernière dissection me conduisit vers le haut du bord parotidien de l'os malaire, et me fit reconnaître que la tumeur se prolongeait jusque dans la parotide même, par une espèce de pédicule faisant corps avec cette glande. Il m'était permis de lier ce pédicule ; mais ne voulant rien laisser qui put donner lieu à la reproduction de la maladie, je préfèrai le séparer complètement avec le bistouri et pour cela je me vis forcé d'enlever au moins le quart de la parotide et une petite portion du muscle masséter, ce qui laissa à nu un point de l'os maxillaire inférieur, mais tout à coup nous vîmes un très gros jet de sang s'élancer du fond de la plaie avec impétuosité et à une très grande distance.

« Le vaisseau dont il partait fut saisi de suite avec des pinces et je cherchai à en faire la ligature ; mais j'éprouvai les plus grandes difficultés à faire jouer le nœud du fil dans la profondeur de cette plaie, bornée d'un côté par l'apophyse mastoïde, de l'autre par la branche de la mâchoire.

« Après plusieurs tentatives que nous fîmes alternativement sans succès et pendant lesquelles il y eut une hémorragie considérable, il fallut se décider pour la ligature médiate. L'aiguille courbe fut portée autour du vaisseau dans la substance même de la portion restante de la parotide avec toute la circonspection que commandait le voisinage de la carotide externe dont les battements étaient visibles.

« Enfin le nœud fut serré et l'effusion de sang cessa. Un autre jet moins considérable partant de la partie antérieure de la plaie fut réprimé, par une seconde ligature. L'excavation profonde résultant de cette opération fut

remplie de boulettes de charpie que nous soutenmes au moyen d'un appareil convenable.

« Divisée en plusieurs sens, la tumeur nous présenta une substance grisâtre, d'une dureté presque cartilagineuse, réunissant tous les caractères du tissu squirrheux proprement dit, sans mélange de matière cérébriforme. Guérison rapide. »

OBSERVATION II

BROCA (*Société Anatomique de Paris*,
Bulletin n° 6, juin 1850)

Sur un cas d'encéphaloïde développé probablement aux dépens de la parotide accessoire.

M. BROCA présente plusieurs pièces provenant d'un individu d'environ 70 ans, trouvé dans les pavillons de l'Ecole Pratique.

Chez cet homme, il existe une tumeur encéphaloïde ulcérée située au niveau de la pommette gauche.

La tumeur, large de 5 centimètres, forme une saillie d'environ 2 centimètres au-dessus du niveau de la peau ; parfaitement circulaire à sa base, elle est déprimée à son centre, ce qui lui donne la forme d'un cratère fort irrégulier. Sa surface est rougeâtre ; en regardant de près, on voit qu'elle est hérissée de toutes petites saillies molles que le moindre contact détache et dans lesquelles on aperçoit à la loupe un grand nombre d'anses vasculaires.

Une légère couche puriforme recouvre cette surface ulcérée. La substance de cette tumeur est molle, grisâtre ; elle donne à la pression un suc laiteux dans lequel le microscope découvre des cellules et des noyaux de cancer. C'est donc une tumeur encéphaloïde.

La dissection montre qu'elle n'adhère ni à la pommette, ni à l'aponévrose massétérine, ni aux filets du

nerf facial ; qu'elle est tout à fait indépendante du corps de la parotide ; en un point, dans une étendue de 1 millimètre, elle adhère légèrement au canal de Sténon, à deux centimètres du bord antérieur de la parotide.

Quel a été le point de départ de cette tumeur ? On peut se demander si elle a débuté par la peau ou par le tissu cellulaire sous-cutané. Il serait encore possible qu'elle eut son siège primitif dans la petite parotide accessoire de Haller. Elle adhère, en effet, au canal de Sténon, précisément au niveau du point où ce canal reçoit normalement le conduit excréteur de cette petite glande. La dissection la plus attentive n'a pas permis de trouver la parotide accessoire ; mais cet argument n'a pas une grande valeur parce que, comme on le sait, cette glande manque souvent.

Il existe sous l'angle de la mâchoire un petit ganglion lymphatique assez dur et gros comme un haricot ; les autres ganglions ne sont pas engorgés.

OBSERVATION III

VILLAR (*Société d'Anatomie de Paris, novembre 1894.*)
Observation d'un épithélioma de la glande parotide accessoire.

Il s'agit d'une femme âgée de 27 ans et ne présentant rien de particulier au point de vue de ses antécédents pathologiques, soit héréditaires, soit personnels. Son père est bien portant, sa mère est morte d'une fluxion de poitrine ; elle a un frère et deux sœurs qui sont tous bien portants. Régliée à 12 ans, mariée à 16. Notre malade a eu 4 enfants.

Il y a 3 ans, elle constata au-dessous de la région malariale l'existence d'une grosseur du volume d'une noisette, grosseur qui continua à augmenter petit à petit. Il

y a 5 à 6 mois, la malade commença à éprouver quelques douleurs, au niveau de la région malade. A son entrée à l'hôpital dans le service du Professeur DEMONS que j'avais l'honneur de suppléer, je constatai ce qui suit :

1° Existence d'une tumeur ; cette tumeur, du volume d'une grosse noix, est située sur la joue à deux travers de doigt en avant du conduit auditif externe et son extrémité supérieure empiète un peu sur l'os malaire ;

2° Le creux parotidien et la partie inférieure de la région massétérine sont absolument libres. J'ajoute que la tumeur de consistance dure, est indépendante de la peau.

Le canal de Sténon paraît libre ; pas de sécheresse de la bouche, pas de paralysie faciale. Je portai le diagnostic de tumeur de la glande parotide accessoire et j'en pratiquai l'extirpation le 16 octobre 1894.

Les suites de l'opération furent des plus simples et la malade quitta l'hôpital quelques jours après, bien que la plaie ne fut pas complètement cicatrisée.

L'examen histologique de la pièce a été pratiquée au laboratoire des cliniques de la Faculté par M. RIVIÈRE, qui a bien voulu nous remettre la note suivante : « La pièce a été fixée par l'alcool absolu, colorée en masse par le picrocarmin, incluse dans la paraffine et coupée en séries.

« A un faible grossissement, la tumeur se montre constituée par un stroma conjonctif adulte, circonscrivant des cavités plus ou moins circulaires digitées ou très irrégulières, complètement remplies de cellules à noyaux vivement colorés. Quelques-unes de ces cavités paraissent à peu près vides et leur paroi n'est recouverte que d'une seule couche de cellules.

« A un grossissement plus considérable, on s'aperçoit que parmi les éléments cellulaires qui bourrent les alvéoles, ceux qui adhèrent immédiatement à leurs parois sont régulièrement implantés en une rangée rappelant

un revêtement cylindrique plus ou moins altéré dans sa forme et sa disposition.

« Les cellules qui comblent le centre des cavités sont plus irrégulièrement disposées. Les alvéoles vides que nous avons signalés, paraissent gonflés par d'abondants exsudats albumineux complètement transparents ou à peine pointillés par quelques fines granulations rouges. En certains endroits on retrouve nettement quelques restes d'acini, encore reconnaissables bien que leur épithélium soit déjà considérablement gonflé et disloqué. Le stroma est parfois infiltré par une grande quantité de cellules embryonnaires à petits noyaux. Il n'y a pas de vaisseaux. »

De l'examen que nous venons de rapporter, ajoute M. VILLAR, nous nous croyons en droit de conclure à un épithélioma glandulaire. On sait que les tumeurs purement épithéliales de la parotide sont rares et de ce fait notre observation offre déjà un certain intérêt, mais je désire surtout attirer l'attention sur le siège de la tumeur que j'ai observée ; j'ai fait remarquer que le creux parotidien et la partie inférieure de la région massétélerine étaient absolument libres ; or, notre tumeur glandulaire, indépendante de la peau et située dans la région indiquée ne peut s'être développée qu'aux dépens de la parotide accessoire. C'est, croyons-nous, un fait tout à fait exceptionnel.

OBSERVATION IV

BOUCHET (*Bulletin Société Anatomique, 1904.*)

M. BOUCHET, présente une petite tumeur enlevée par le professeur BERGER, chez une femme de 45 ans, au niveau de la parotide antérieure, prémassétélerine.

Cette tumeur, cliniquement, se présentait comme une

tumeur mixte dont elle avait les caractères ; c'était une tumeur récidivée, car 5 ans auparavant au même point, on avait pratiqué l'ablation d'une tumeur de mêmes dimensions. Cette tumeur a le volume d'une petite amande, mais elle n'est pas arrondie ; elle envoie de petits prolongements lobulés ; indolore, elle ne donne aucun signe de compression nerveuse ; en outre aucun signe de paralysie faciale.

L'examen histologique fait par M. CORNIL, montra qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur mixte, mais d'un sarcome fuso-cellulaire, développé aux dépens du tissu conjonctif périglandulaire. On voit des tubes glandulaires normaux, refoulés à la limite de la tumeur.

OBSERVATION V

M. J. CREYSSEL (*Lyon Médical*, 1930, t. CXLV, p. 824.)

Tumeur de la parotide accessoire

Mme B..., 80 ans, a été déjà traitée au Centre Antinéoplasique, en avril 1918, pour épithélioma ulcéré de la narine gauche. Cet épithélioma a été guéri par radiothérapie à feu nu. Elle vient consulter à nouveau en avril 1929, pour une lésion tout à fait indépendante de la première. Il y a 4 mois est apparue sur la joue droite une petite tumeur, prise d'abord pour un furoncle, mais dont le volume a rapidement augmenté. Quelques douleurs faciales. Pas de signes de paralysie de la VII^e paire.

A l'entrée, bon état général. Excellente cicatrice au niveau de l'ancienne lésion nasale gauche. Au niveau de la joue droite, tumeur volumineuse distendant les téguments qui sont adhérents, mais non ulcérés, du volume d'une mandarine. Elle n'atteint pas en arrière le bord postérieur du maxillaire, elle empiète en avant sur

la tubérosité maxillaire. A la palpation, elle est dure, régulière, fixée au plan musculaire sous-jacent.

Pas d'adénopathie cervicale perceptible. Examen général négatif.

Intervention le 30 avril 1929 (D^r CREYSSEL). Anesthésie locale. Incision circonscrivant la tumeur jugale. Exérèse d'avant en arrière, sacrifiant le canal de Sténon, les parties molles profondes et notamment la plus grande partie du masséter jusqu'au plan osseux. On constate alors que la tumeur est reliée en arrière à la région parotidienne par une sorte de pédicule celluleux irrisé, presque transparent, mais où n'existent ni éléments glandulaires, ni éléments néoplasiques. Section de ce pédicule, hémostase, suture partielle des téguments.

Suites simples. Cicatrisation progressive.

Examen de la pièce : A la coupe de la pièce, on constate qu'elle est formée par des bourgeons mous, dont l'aspect rappelle les épithéliomas salivaires encéphaloïdes. Il doit donc s'agir d'une tumeur à point de départ dans un prolongement où lobule aberrant de la parotide. L'examen histologique (D^r CROIZAT) confirme le diagnostic. Il montre, en effet, sous un revêtement cutané dont la base prolifère par endroits à l'intérieur du derme et prend un aspect papillomateux, un épithélioma atypique ; il n'existe pas de formations sécrétantes ; les cellules sont le siège de nombreuses mitoses. Stroma très réduit, de place en place îlots lymphoïdes. Il semble s'agir d'une tumeur atypique développée aux dépens d'une glande salivaire.

Conclusions

I. — Parmi les localisations rares des tumeurs malignes salivaires, il existe quelques observations de localisation de ces tumeurs au niveau d'un organe inconstant situé dans la région génienne et qui a reçu le nom de glande parotide accessoire.

II. — La glande parotide accessoire existe seulement dans 12 % des cas (FLORENCE), bien distincte du prolongement antérieur de la glande parotide principale ; elle est reliée au canal de Sténon par un canalicule excréteur indépendant. Elle est située dans un dédoublement de l'aponévrose massétérine sous la peau de la joue dont la séparent seulement quelques fibres des muscles peauciers. Elle est née embryologiquement d'un bourgeon émané de l'ébauche pleine destinée à donner la glande parotide accessoire et le canal de Sténon.

III. — Au point de vue anatomo-pathologique, qu'il s'agisse du sarcome, ce qui est exceptionnel, ou beaucoup plus souvent d'épithélioma, les tumeurs malignes de la glande parotide accessoire se présentent donc comme des tumeurs superficielles à localisation

génienne, développées sous la peau, à la partie antérieure du masséter. Leur évolution se fait vers l'extension locale du côté des téguments et de la profondeur.

Il est logique de penser que l'extension lymphatique se fait assez précocément vers les ganglions du creux parotidien, mais les observations publiées ne permettent pas de préciser la topographie de cette extension lymphatique.

IV. — Au point de vue clinique, ces tumeurs sont rares mais il est probable qu'elles ont été souvent méconnues. Elles paraissent rarement secondaires à la dégénérescence d'une tumeur mixte et leur étiologie reste obscure.

Leur symptomatologie se réduit au développement progressif en quelques mois d'une tumeur génienne qui, rapidement, présente les apparences de la malignité, envahit la peau et peut tendre à s'ulcérer ; mais sa localisation fait qu'elle ne s'accompagne ni de troubles fonctionnels marqués ni de paralysie faciale. Il existe comme au niveau des autres glandes salivaires des formes encéphaloïdes et squirrheuses.

V. — Le diagnostic de ces tumeurs est à faire avec de nombreuses lésions des organes voisins, peau, tissu cellulaire, masséter, etc..., et avec les lésions bénignes de la glande parotide accessoire ; enfin avec certaines tumeurs de la parotide principale développées antérieurement au niveau du prolongement génien, ce diagnostic n'est souvent fait qu'à la suite des constatations opératoires et histologiques.

VI. — Le traitement doit être guidé par les mêmes principes que celui du traitement des tumeurs malignes des autres glandes salivaires. Il doit comprendre l'exérèse large de la lésion, pratiquée sans souci de ménager les filets du facial, voisins de la tumeur, toutes les fois que cette exérèse est possible. Cette intervention peut être complétée par un traitement curiethérapique à l'aide d'un appareil moulé radifère; si l'état général du sujet le permet, il sera bon d'y adjoindre l'évidement du creux parotidien, premier relai lymphatique des lésions.

Dans les cas inopérables par suite de l'extension des lésions en profondeur, le traitement par appareil radifère moulé serait logique, les tumeurs malignes salivaires paraissant, d'après de récents travaux, plus radiosensibles qu'il n'avait semblé jusqu'à ces dernières années.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	BÉRARD.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 6 Octobre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- BÉRARD (A.). — Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne. *Thèse d'Agrégation de Médecine Opératoire*, Paris, 1841.
- BOUCHET (P.). — *Bull. Soc. Anat.*, 1904. Tumeur de la parotide accessoire (sarcome fuso-cellulaire).
- BROCA. — *Soc. Anat. de Paris*, 1850. Tumeur encéphaloïde de la parotide accessoire.
- CAPETTE. — Laplane, *Thèse de Bordeaux*, 1898.
- CHRÉTIEN. — *Article Parotide, Dictionnaire des Sciences Médicales* de DECHAMBRE, 1885.
- COMPENDIUM de *Chirurgie Pratique*, t. III.
- CREYSSSEL (J.). — Cancer de la parotide accessoire. *Lyon Méd.*, 1930, t. CXLV, p. 824.
- FLORENCE. — Un cas de tumeur de la parotide accessoire. *Arch. Gén. de Chirurgie*, 1910, n° 6, p. 465.
- DUNET et CREYSSSEL. — Les tumeurs malignes des glandes salivaires. Collection du cancer, Doin, Editeur, 1931 (Sous presse).
- GAUBIN. — *Thèse de Bordeaux*, 1904.
- HAMMAN. — *Anatomische der Anzeiger*.
- HERTWIG (Oscar). — *Traité d'Embryologie*.
- THEVENOT. — *Gazette des Hôpitaux*, 1900.
- VANVERTS. — *Echo Médical du Nord*, 1908.
- VILLAR. — Epithélioma de la parotide accessoire. *Bull. de la Soc. d'Anatomie*, 1894, p. 760.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
<i>Chapitre premier.</i> — Historique	13
<i>Chapitre II.</i> — Considérations embryologiques et anatomiques	17
<i>Chapitre III.</i> — Etude anatomo-pathologique	23
<i>Chapitre IV.</i> — Etiologie	29
<i>Chapitre V.</i> — Symptômes et diagnostic	33
<i>Chapitre VI.</i> — Traitement	45
<i>Chapitre VII.</i> — Observations	51
Conclusions	59
Bibliographie	61
